

Dr Piotr SZUKALSKI

Zakład Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, ul. POW 3-5, 90-214 Łódź (Poland)

POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC PROCESU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

P. Szukalski, *SOCIAL POLICY AND AGEING SOCIETIES*. Unavoidable increase in number and proportion of the elderly confronts contemporary societies with many social problems. The aim of the presentation is to present the most important fields of social policy dealing with the population ageing and to indicate threatens to social cohesion in Poland from the point of view of intergenerational relations. Two specific fields are analyzed – health care and labour market.

Key words: population ageing, social policy, relations between generations

UDC index: 314, 316.3, 364

1. Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności, tj. wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica używana na kontynencie europejskim) lub 65. roku życia (propozycje ONZ, akceptowane w USA i Wlk. Brytanii), jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego – rozrodczości i umieralności. W trakcie ostatnich 200-250 lat wszystkie społeczeństwa Europy (i prawie wszystkie społeczeństwa świata) przeżyły przejście demograficzne, czyli zmianę reżimu reprodukcji (odtwarzania się) ludności: od reprodukcji rozrzućnej, odznaczającej się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Rezultatem przejścia demograficznego oraz współcześnie występujących zmian modelu rodziny, nazywanych często drugim przejściem demograficznym¹, jest zmiana struktury ludności według wieku, prowadząca do wysokiego już obecnie i jeszcze wyższego w przyszłości udziału seniorów.

W naturalny sposób proces starzenia się ludności – poprzez wywołane swym wystąpieniem implikacje – znalazł się w trakcie ostatnich kilkunastu lat w centrum zainteresowania naukowców i polityków. W przypadku tej drugiej grupy osąd konsekwencji wzrostu frakcji osób starych podlegał jednak swoistej ideologicznej „obróbce”, co odcisnęło swe piętno na uznawanych za najbardziej właściwe argumentach wybieranych w dyskusjach politycznych jako uzasadnienie działań publicznych podejmowanych w różnorodnych sferach życia społecznego [5].

Celem niniejszego tekstu jest ukazanie tego, jak proces starzenia się ludności będzie w przyszłości oddziaływać na dziedziny życia społecznego, które tradycyjnie znajdują się w obszarze zainteresowania polityki społecznej – rynek pracy oraz opiekę zdrowotną. Proces starzenia się ludności jest zjawiskiem ogólnoswiatowym, jako egzemplifikację jego konsekwencji w niniejszym opracowaniu przyjęto obecną i przewidywaną sytuację w Polsce. Kolejno przedstawione zostaną postępy procesu starzenia

się w Polsce w ostatnich i nadchodzących dekadach, etapy przebiegu tegoż procesu, jego najważniejsze społeczne konsekwencje, po czym uwaga skoncentrowana zostanie na skutkach starzenia się ludności dla dwóch dziedzin życia – rynku pracy i opieki zdrowotnej.

2. Etapy procesu starzenia się ludności

W ramach długookresowego procesu zmiany struktury wieku ludności jako rezultatu przejścia demograficznego wyodrębnić można z logicznego punktu widzenia kilka etapów. Pierwszy z nich charakteryzuje się odmłodzeniem struktury wieku ludności. Dopiero kolejne sekwencje tego procesu związane są ze starzeniem się ludności – początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku”², dopiero na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego, szybki wzrost odsetka wynikający ze starzenia się „od góry”. Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup wieku rozpoczyna się niezwykle ważny etap – tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. wzrost w ramach populacji seniorów udziału „starych starych”, a następnie „najstarszych starych”³. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z najbardziej dynamiczną zmianą liczby stulatków (niektórzy mówią o „eksplozji stulatków”).

Na przebieg procesu starzenia się ludności niekiedy wpływ mają zdarzenia nadzwyczajne. W polskich warunkach takim zdarzeniem była II wojna światowa – przy-

² Piramida wieku ludności to graficzna prezentacja struktury wieku ludności. Na osi pionowej umieszczona jest informacja o wieku, zaś na dwóch osiach poziomych – lewej dla mężczyzn i prawej dla kobiet – poziome „belki” wskazują na liczbę ludności danej płci w danym wieku. Informacja o liczbie może być podana w wielkościach bezwzględnych (tysiące, miliony osób) bądź względnych (odsetek ludności danej płci). W przypadku „starzenia się od dołu piramidy wieku” wzrost frakcji ludności w starszym wieku jest konsekwencją szybkiego spadku liczby urodzeń i tym samym relatywnego wzrostu znaczenia seniorów. W przypadku „starzenia się od góry” inne są przyczyny interesującego nas procesu – są to przede wszystkim przemiany umieralności prowadzące do wzrostu liczby bezwzględnej osób starych i bardzo starych związanego z wyższym prawdopodobieństwem przeżycia przez wcześniejsze etapy życia. Dotychczas ważniejszym źródłem procesu starzenia się ludności było ograniczanie dzietności, aczkolwiek wiele wskazuje, iż w przyszłości wraz z koncentrowaniem się redukcji umieralności głównie wśród ludności starszej wzrastać będzie waga starzenia się populacji „od góry piramidy wieku”.

³ W amerykańskiej literaturze gerontologicznej popularny jest podział zbiorowości seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (osoby w wieku 65-74 lata), „starych starych” (75-84 lata) i „najstarszych starych” (85 lat i więcej).

¹ Drugie przejście demograficzne charakteryzuje się odroczeniem momentu podejmowania długookresowych zobowiązań rodzinnych (zawarcia związku małżeńskiego, wydania na świat dziecka), mniejszą skłonnością do podejmowania tego typu zobowiązań (czego efektem jest życie w samotności, bezdzietność i małodzieństwo), preferowaniem w przypadku budowania intymnego związku z inną osobą mniej zobowiązujących jego form (tj. związków nieformalnych) oraz wyższą skłonnością do podejmowania decyzji o rozpadzie związku. Rezultatem powyższych desygatów drugiego przejścia demograficznego jest gwałtownie zmniejszająca się dzietność, przejawiająca się relatywnie niewielką liczbą wydawanego na świat potomstwa.

spieszony wzrost odsetka ludzi starych w najbliższych dekadach uwarunkowany będzie dochodzeniem do wieku 60 lat dużych liczebnie generacji urodzonych w okresie powojennej kompensacji urodzeń (tj. w latach 1946-1960).

3. Przebieg procesu starzenia się ludności na przykładzie Polski

Na ziemiach polskich przejście demograficzne – w zależności od zaboru – rozpoczęło się ok. 1870-1880 roku. W Królestwie Polskim w 1848 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 3,4% ludności ogółem, na ziemiach wchodzących w skład II RP ok. roku 1900 – 6,2%, zaś w 1931 – 7,8%, na obecnym obszarze Polski – w 1950 r. 8,3%, w 1970 – 13,0%, w 1990 – 15%, zaś w 2003 r. 17%. Równocześnie zwiększała się waga osób najstarszych – udział ludności w wieku 75 lat i więcej wynosił: w 1900 – 1,1%, w 1921 i 1931 – 1,2%, w 1950 i 1960 – 1,7%, w 1970 – 2,4%, w 1978 – 3,3%, 1988 – 4,1%, w 2003 – 4,9%.

Również w przyszłości przewidywany jest szybki wzrost liczby i udziału seniorów i nestorów. Według najnowszej prognozy GUS dla Polski liczba osób w wieku 65-74 lat wzrosnąć ma w latach 2002-2030 o 36%, 75-84 lat o 90%, zaś 85 lat i więcej o 136%. Jednocześnie liczba stulatków będzie wyższa o 538%. W efekcie osoby w wieku 60 lat i więcej stanowić będą w 2030 32,8% ludności, zaś jednostki mające przynajmniej 75 lat – 13,8%. Tym samym nieunikniony z uwagi na czynnik kohortowy (dochodzenie do zaawansowanego wieku roczników wyżu demograficznego, urodzonych w trakcie powojennej kompensacji urodzeń) proces starzenia się ludności Polski prowadzić będzie do występowania wielu różnorodnych konsekwencji w sferze gospodarczej i społecznej.

4. Konsekwencje starzenia się ludności

Mówiąc o konsekwencjach procesu starzenia się zdawać sobie należy sprawę z ich wieloaspektowego charakteru. W niniejszym miejscu chciałbym ograniczyć się do konsekwencji przejawiających się w sferze ekonomii i relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie i w rodzinie.

Chcąc dokonać egemplifikacji, odwoływać się będę do badań bazujących na najnowszej wersji prognozy demograficznej GUS, wersji pochodzącej z grudnia 2003 roku. Zgodnie ze wspomnianą prognozą opracowaną na lata 2003-2030, na jej koniec liczba ludności Polski ma się zmniejszyć z 38,3 mln osób mieszkających w naszym kraju w 2000 r. do 35,7 mln osób (tj. o 6,7% stanu początkowego). Jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (zob. niżej) zwiększyć się ma o 3,9 mln, czyli o 69,6%.

Z punktu widzenia ekonomii podstawowe znaczenie ma zwiększające się obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym. W tym przypadku bardziej właściwe byłoby zapewne posługiwanie się miarą określającą stosunek pracujących do pobierających świadczenia emerytalne i rentowe, niemniej jednak tradycyjnie używany jest współczynnik obciążenia ekonomicznego określający stosunek ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 lat i więcej) i ludności w wieku produkcyjnym (kobiety 18-59 lat, mężczyźni – 18-64 lat). Stosunek ten zwiększyć ma się w Polsce pomiędzy rokiem 2002 a 2030 z 24

osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym na 43. Oznacza to, iż chcąc utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i poziom opieki zdrowotnej seniorów należy oczekiwać zwiększonych obciążeń fiskalnych nakładanych na wyngrodzenia i na wydatki ponoszone głównie przez osoby aktywne zawodowo.

Starzenie się ludności pociąga za sobą również zmianę relacji międzypokoleniowych, tak w społeczeństwie, jak i w jego podstawowej jednostce – rodzinie. W ramach społeczeństwa pojawia się z jednej strony „nowa waloryzacja” seniorów (dowartościowywanie tej grupy ludności jako zasobnych konsumentów czy jako wyborców – stanowią bowiem coraz większą część całej uprawnionej do wyrażania poprzez demokratyczne procedury wyborcze populacji dorosłych oraz odznaczają się wyższym poczuciem obywatelskiego obowiązku, co wyraża się większą skłonnością do uczestniczenia w wyborach) oraz zachęcanie do wzrostu „społecznej produktywności” tej grupy wieku (partycypacja w życiu politycznym, kulturalnym, wolontariacie, przedłużanie okresu aktywności zawodowej). Z drugiej strony mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się ideologii *ageizmu* (dyskryminacji ze względu na wiek) bazującej na wspomnianym wzroście obciążeń podatkowych jako konsekwencji wzrostu liczby osób starszych, kulcie młodości i niedostosowaniu wielu seniorów do szybkiego tempa zmian technologicznych, jakim podlega współczesne społeczeństwo, postrzeganiu pracujących ludzi starych jako „zabierających” stanowiska pracy bezrobotnej młodzieży. Również w rodzinie zmienia się pozycja seniorów – z jednej strony wzrasta waga międzypokoleniowej więzi emocjonalnej i prywatnych transferów intergeneracyjnych (dary rzeczowe i finansowe, udzielanie mieszkania, wzajemna opieka, świadczenie różnorodnych usług). Z drugiej strony, zasada „intymności na dystans” (tj. oddzielnego zamieszkiwania dorosłych przedstawicieli różnych generacji) zmniejsza współzależność. W przyszłości coraz większą wagę dla relacji w rodzinie i poza nią mieć będą obserwowane obecnie tendencje w zakresie formowania związków (upowszechnianie się życia w samotności), bezdzietności i małodietności, rozwodów. W ich konsekwencji erozji ulegnie demograficzny wymiar rodziny, a w rezultacie zmniejszy się prawdopodobieństwo posiadania opiekuna rodzinnego i zwiększy obciążenie takich opiekunów. Zmiany takie spowodują konieczność dalszego reformułowania polityki gospodarczej i społecznej (w tym i systemu ochrony zdrowia i usług opiekuńczych).

5. Konsekwencje dla polityki zdrowotnej

Proces starzenia się ludności stawia nowe zadania przed systemem opieki zdrowotnej. Osoby starsze częściej są pacjentami otwartych i zamkniętych placówek ochrony zdrowia (przykładowo, częstość hospitalizacji dla chorób układu krążenia była w roku 1999 blisko 12-krotnie wyższa wśród osób w wieku 65 lat i więcej niż wśród osób w wieku 35-44 lat [6]). W przypadku realizacji najnowszej prognozy demograficznej pomimo spadku liczby mieszkańców naszego kraju pod wpływem procesu starzenia się liczba niepełnosprawnych wzrośnie – przy założeniu braku zmian częstości niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku – o 32,7% [4]. Z kolei szacunki dotyczące

finansowych potrzeb systemu opieki zdrowotnej mówią o konieczności przeciwdziałania procesowi starzenia się ludności w postaci realnego 13% wzrostu wydatków w najbliższym dwudziestoleciu, aby utrzymać stały poziom świadczeń medycznych. Z uwagi na podwójne starzenie się ludności wzrośnie zwłaszcza zapotrzebowanie na procedury związane ze specyficznymi potrzebami najstarszych pacjentów. Oczekiwać zatem należy wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, oddziały dziennego pobytu.

Czynnikiem o strategicznym znaczeniu będzie dalsza ewolucja częstości niepełnosprawności, zwłaszcza tej związanej z poważnym ograniczeniem samodzielnego funkcjonowania, w powiązaniu z ewolucją umieralności. O ile w tym drugim przypadku bez większych wątpliwości określić można kierunek i skalę przewidywanych w najbliższych dwóch-trzech dekadach zmian – a zatem należy oczekiwać wzrostu trwania życia osób sześćdziesięcioletnich o ok. 4-5 lat, o tyle zdecydowanie więcej niepewności związane jest z ewolucją stopnia niepełnosprawności. Tymczasem to właśnie jej rozpowszechnienie determinuje *volumen* najkosztowniejszych, długoterminowych usług medycznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

Poza czynnikiem demograficznym zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad seniorami wynikać będzie z przemian mentalnych – coraz częstszego odchodzenia od postrzegania starości jako okresu nieuniknionej niepełnosprawności i chronicznych chorób na rzecz percepcji tej fazy życia jako wolnej od powyższych przypadłości. W konsekwencji wraz z odchodzeniem od utożsamiania starości z niepełnosprawnością i chronicznymi chorobami i dochodzeniem do głosu coraz lepiej wykształconych, tj. bardziej świadomych swych praw, z jednej strony, z drugiej zaś w większym stopniu nakładających obowiązki zapewniania godziwych warunków życia na starość na państwo niż na rodzinę⁴, wzrastać będzie presja seniorów na publiczny sektor opieki zdrowotnej. Presja ta będzie ukierunkowana na zapewnienie prawa osobom starszym do korzystania z wyrafinowanych, nowoczesnych procedur medycznych i środków farmakologicznych, które – z uwagi na swój koszt – preferowane były dotychczas przez środowisko medyczne jako właściwe w odniesieniu do osób relatywnie młodych, w które „opłaca” się inwestować z uwagi na wysoki „zwrot” w postaci znaczącego przedłużenia trwania życia. Powyższa presja – w przypadku powodzenia, które w warunkach wzrostu znaczenia „siwej” części elektoratu jest w zasadzie zapewnione – przełożyć się będzie na szybki wzrost kosztów zapewnienia szeroko rozumianej opieki zdrowotnej.

Wzrost kosztów publicznego systemu opieki zdrowotnej będzie tym większy, iż procesowi starzenia się populacji towarzyszą przemiany rodziny narzucające wręcz nowe obowiązki na instytucje publiczne. Niektórzy badacze w związku z tym stawiają wręcz pytanie, czy reformując systemy ubezpieczeń zdrowotnych i opiekuńczych

przy wyznaczaniu składek nie należałoby uwzględniać takich czynników jak stan cywilny, liczba posiadanego potomstwa, zważywszy na ich wagę dla kształtowania się przepływów prywatnych w postaci usług opiekuńczych [1]. Oznaczałoby to oczywiście dodatkowe składki dla jednostek charakteryzujących się wyższym prawdopodobieństwem korzystania z kosztownych usług sektora publicznego, czyli osób, które nie założyły rodziny, bezdzietnych, rozwiedzionych, mężczyzn. Elementy takiego podejścia są już stosowane w niektórych krajach, jak uwzględnianie faktu wychowywania dzieci przy określaniu stażu pracy matek dla celów emerytalnych w Francji i Niemczech.

6. Konsekwencje dla rynku pracy

Wspomniany przed chwilą spodziewany wzrost kosztów związanych z koniecznością zapewnienia opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych będzie tym bardziej dotkliwy, iż towarzyszyć mu będą generalnie niekorzystne przekształcenia rynku pracy.

Po pierwsze, jak była już o tym mowa, zmniejszy się frakcja osób w wieku produkcyjnym, gwałtownie zaś wzrośnie współczynnik obciążenia demograficznego ludności w wieku produkcyjnym populacją w wieku poprodukcyjnym (przykładowo w przypadku Polski w latach 2002-2030 liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się o ok. 10,5%, podczas gdy jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie aż o 69,6%).

Po drugie, jednocześnie znaczącym przemianom podlegać będzie struktura osób w wieku zdolności do pracy. O ile w 2002 roku 39,9% ludności Polski znajdowało się w wieku produkcyjnym mobilnym, zaś 22,3% w wieku produkcyjnym niemobilnym⁵, o tyle w 2030 wielkości te wynosić mają odpowiednio 31,0% i 27,2%. Oznacza to, że zamiast obecnych 35,9% ludność w niemobilnym wieku produkcyjnym stanowić ma za ćwierć wieku aż 46,7% Polaków w wieku zdolności do pracy. Zmiany takie rzucają wzrost znaczenia tej grupy pracowników, którzy charakteryzują się mniejszą elastycznością i niższą skłonnością do podwyższania/uaktualniania swych kwalifikacji zawodowych.

Obie powyższe tendencje oznaczać mogą mniejszą konkurencyjność gospodarek krajów przechodzących proces starzenia się jako rezultatu niekorzystnych przekształceń strukturalnych prowadzących do niższego tempa wzrostu przeciętnego poziomu kapitału ludzkiego ucieleśnionego w pracownikach.

Oczywiście przedstawione powyżej dwie tendencje nie muszą automatycznie prowadzić do pogarszania się sytuacji makro- i mikroekonomicznej. Można im przeciwdziałać za pomocą edukacji przez całe życie (*life-long learning*), oddziałującej na poziom kapitału ludzkiego, i podwyższania wieku przechodzenia na emeryturę. Oba

Pamiętajmy, iż podejście takie pozostaje w ścisłym związku z wypływającymi obecnie przemianami rodziny – mniejszą skłonnością do zawierania związków małżeńskich, dużą częstością ich rozpadu wskutek zżowdu, bezdzietności i małodziejności. Powyższe cechy współczesnych rodzin automatycznie zmniejszają jej wagę jako instytucji opiekuńczej i pielęgnacyjnej.

⁵ Wiek produkcyjny, zdeterminowany z jednej strony wiekiem obowiązkowej nauki, z drugiej zaś wiekiem uzyskiwania pełni praw emerytalnych, wynosi w Polsce 18-59 lat w przypadku kobiet i 18-64 lata wśród mężczyzn. Dzieli się na dwie podgrupy – wiek mobilny (18-44 lat) i niemobilny (pozostałe jednostki w wieku produkcyjnym). Powodem wyodrębnienia tych dwóch podgrup jest większa w przypadku osób młodszych skłonność do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, zmiany wykonywanego zawodu oraz zmiany miejsca zamieszkiwania w związku z wykonywaną pracą.

powyższe procesy są skądinąd coraz powszechniej w krajach wysoko rozwiniętych wdrażane jako elementy podwyższania ich konkurencyjności i długookresowego bezpieczeństwa finansowego.

7. Podsumowanie

Prezentowane pokrótce w niniejszym opracowaniu problemy związane z procesem starzenia się ludności jednoznacznie wskazują na wagę tego procesu dla przyszłości obszarów nim objętych. Choć sam wzrost odsetka ludzi starszych jest nieunikniony, nie musi oznaczać automatycznie pojawiania się – czy narastania – problemów, z jakim najczęściej łączone są osoby stare. Według przywołanego już wcześniej A. Walkera [5], niewielki wzrost PKB (w zależności od kraju 0,5-1,5% średniorocznie) jest w stanie całkowicie oddalić kryzys finansów publicznych w państwach wysoko rozwiniętych wywołany wzrostem liczby emerytów, przy założeniu utrzymywania się obecnej wartości świadczeń emerytalnych. Z kolei równie niewielki co do skali (a tym samym realny) i trwały spadek niepełnosprawności przekłada na utrzymywanie się w długim okresie liczby niepełnosprawnych seniorów na stałym poziomie [2, 4]. Choć nie znam szacunków na ten temat, łatwo można wyobrazić sobie sytuację, gdy podniesienie wieku emerytalnego w połączeniu z poprawą stanu zdrowia ludności prowadzą do znacznego wydłużenia kariery zawodowej.

Nieuniknioność samego procesu starzenia się ludności, choć zatem oznacza nieuniknioność związanych z tym procesem problemów, nie oznacza równocześnie braku jakiegokolwiek wpływu na skalę owych problemów. Z

uwagi na przewidywalność większości z nich już dziś należy rozważać środki zaradcze, ograniczające znaczenie krótko- i długookresowych konsekwencji wzrostu udziału osób starszych.

Bibliografia

1. Ch. Höhn, 1994, *Ageing and the family in the context of western-type developed countries*, [w:] United Nations, *Ageing and the family. Proceedings of the UN international conference on aging populations in the context of the family, Kitakyusnu (Japan), 15-19 October 1990*, New York, 29-33
2. W. Lutz, S. Scherbov, 2003, *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, "European Demographic Research Papers", nr 3, 25 p.
3. P. Szukalski, 2002, *Starzenie się społeczeństw wyzwaniem przyszłości*, „Polska 2000 Plus”, nr 2, 51-66
4. P. Szukalski, 2004, *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź, 106-112
5. A. Walker, 1999, *Public policy and theories of aging: Constructing and reconstructing old age*, [w:] V. L. Bengtson, K. W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*, Springer, New York, 361-378
6. B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), 2003, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, PZH, Warszawa, 132 s.